

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 25

ACTINOMYCOSE DE L'OREILLE

OREILLE EXTERNE. — OREILLE MOYENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges VIELLE

Né le 4^{er} Septembre 1881, à Pey (Landes),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 25

ACTINOMYCOSE DE L'OREILLE

OREILLE EXTERNE. — OREILLE MOYENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges VIELLE

Né le 1^{er} Septembre 1881, à Pey (Landes),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	X.
Clinique ophtalmologique	GAYET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX,
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	IANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND —

AGREGES

MM.	MM	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; POLLOSSON (A.), Assesseur ;

MM. SIRAUD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR THEVENOT

INTRODUCTION

À peine soupçonnée il y a un demi-siècle, l'actinomycose peut être classée aujourd'hui parmi les affections à localisations anatomiques les plus diverses et le temps est déjà loin où Israël et Bang rattachaient à quelques types cliniques à peine les cas connus à leur époque.

Maladie à manifestations « caméléonesques » suivant l'heureuse expression de Cart, elle se fixe sur les points les plus variés de l'organisme humain. Aussi, à l'heure actuelle, pouvons-nous la considérer comme une affection à la fois médicale et chirurgicale. Il est, dit M. Pic, toute une série de manifestations actinomycosiques qui, affectant les organes internes, relèvent du diagnostic médical. C'est pourquoi, à côté des formes bucco-faciale, cervico-faciale, temporo-maxillaire, cutanée, les premières étudiées et qui sont éminemment du ressort de la chirurgie, convient-il de placer aujourd'hui les formes viscérales connues surtout dans notre école lyonnaise, après les travaux de M. le professeur Poncet et de ses élèves, nous voulons nommer les actinomycoses du poumon, du tube digestif, du foie, du cœur, du cerveau, de la rate.

Le 23 avril 1903, l'entrée dans le service de M. le professeur Poncet d'un malade porteur d'un phlegmon actinomycosique du cou, à point de départ auriculaire, nous offrait un exemple d'une localisation primitive tout à fait exceptionnelle. Ce fut une véritable surprise. Cette observation a été le point de départ de notre travail inaugural. Bien qu'elle se rapporte exclusivement à une lésion primitive de l'oreille externe, et en particulier du conduit auditif, nous ne bornerons pas néanmoins notre étude à cette seule localisation. Le cas de M. le professeur Poncet est unique dans la littérature médicale. Aussi notre intention est-elle de réunir dans un travail d'ensemble les observations se rapportant à des cas d'actinomycose de l'oreille entière et d'essayer d'en dégager quelques considérations générales.

Nous laisserons cependant de côté les lésions de l'oreille interne entièrement méconnues comme localisation primitive de l'infection parasitaire. D'ailleurs, l'éventualité d'une semblable lésion semble devoir être rejetée. Il n'existe pas dans l'oreille interne d'espace conjonctif dans lequel le parasite puisse facilement coloniser, et il n'a pour y arriver d'autre porte d'entrée que la voie sanguine qu'il suit exceptionnellement. Aussi, si Majocchi, dans une observation que nous reproduisons au cours de notre travail, a pu rencontrer du pus mêlé de grains actinomycosiques dans le limaçon et le vestibule, il s'agissait simplement d'une lésion propagée ayant son point de départ dans le rocher atteint de carie actinomycosique, consécutivement à une otite moyenne de même nature.

Pour ces raisons, nous nous bornons donc à l'étude des

seules localisations du processus parasitaire sur l'oreille externe et sur l'oreille moyenne.

Nous diviserons notre travail en deux parties.

Dans la première, après avoir relaté les quelques observations que nous avons pu réunir se rapportant à des lésions du pavillon, du lobule, du conduit auditif, en un mot de l'oreille externe, nous consacrons un deuxième chapitre à quelques considérations étiologiques, pathogéniques et pathologiques sur la question.

La deuxième partie de notre travail s'occupe exclusivement des lésions de l'oreille moyenne.

Nous relatons d'abord les observations.

CHAP. I. — *Étiologie et Pathogénie.*

CHAP. II. — *Essai de symptomatologie clinique ; complications, diagnostic.*

CHAP. III. — *Pronostic et traitement.*

CHAP. IV. — *Rapports de l'actinomybose auriculaire avec celle de l'encéphale.*

Si nous avons consacré quelques pages à ce dernier chapitre, c'est qu'au cours de nos recherches nous avons été frappé de certaines analogies anatomo-pathologiques entre les lésions cérébrales actinomycosiques dites primitives ou métastatiques et les accidents encéphaliques de même nature survenant comme complication de l'actinomybose de l'oreille moyenne. Ceci nous a engagé à rechercher, d'une façon plus détaillée, les rapports que nous mentionnons.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à présenter à M. le professeur Poncet, nos hommages respectueux et reconnaissants. En nous donnant le sujet de ce travail,

le maître éminent a bien voulu nous permettre de contribuer à l'étude d'une question qui lui est chère et pour laquelle la science médicale lui doit un lourd tribut. Nous lui témoignons également toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M le Dr Thevenot nous a toujours accueilli avec la plus franche bienveillance et ses conseils éclairés ont facilité notre tâche ; qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

G. V.

PREMIÈRE PARTIE

ACTINOMYCOSE DE L'OREILLE EXTERNE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous avons pu recueillir deux observations se rapportant à des cas d'actinomyose ayant débuté par le lobule de l'oreille ; nous ne trouvons pas d'exemple d'actinomyose primitive du pavillon ni même de cas où des lésions de voisinage se soient propagées à ce dernier.

Quant aux lésions primitives de même nature du conduit auditif externe, le cas de M. le professeur Poncet est l'unique observation que possède la science. Il existe cependant quelques exemples que nous citons, où des lésions de voisinage se sont ouvertes dans le conduit auditif externe, donnant ainsi lieu à des fistules auditives et à un écoulement de nature actinomycosique.

OBSERVATION I

(Observ. de M. le profess. Poncet, *in th.* Pourpre, Lyon, 1901.)

Actinomyose cutanée primitive du lobule de l'oreille, puis de la face.

M. P..., âgée de cinquante-trois ans, marchande de jour-

naux, entre à la clinique le 28 juin 1901. Pas d'antécédents héréditaires. Ostéomyélite probable du médius gauche à l'âge de huit ans. Le doigt est encore très déformé. Mariée à dix-huit ans, mari bien portant; quatre enfants, dont deux en bonne santé et deux jumelles mortes à leur naissance.

L'affection actuelle date d'une quinzaine d'années. Elle a débuté au niveau du lobule de l'oreille droite, où était une boucle d'oreille fantaisie, par du gonflement et de la rougeur autour du point percé. Ce gonflement et cette rougeur s'accompagnaient d'une sensation de cuisson qui durait quelques jours, puis disparaissait pour revenir quelque temps après. La malade, attribuant ces phénomènes aux boucles d'oreille, les quitta, mais sans résultat.

Examen. — A l'examen, le lobule de l'oreille droite très déformé, présente des sillons cicatriciels. La peau est rouge et croûteuse. Au niveau de la joue, sur une ligne s'étendant du tragus au menton, on voit des plaques rouges plus ou moins rapprochées, mais ne se confondant pas, grosses comme des lentilles. Leur coloration est rouge foncé, avec de petits squames. Elles sont entourées d'une zone plus pâle qui s'atténue peu à peu en se confondant avec les papules voisines. L'ensemble des lésions forme une large plaque en écuimoire.

Au palper, on sent une dureté particulière de la peau qui donne au doigt la sensation de carton mouillé. La peau est infiltrée dans toute son épaisseur et indurée. Pas de trismus, pas d'envahissement osseux. Bon état général.

OBSERVATION II (très résumée).

(Cas du professeur Benett, signalé par Little Dale,
in *The Brit. med. Journ.*, 1901.)

Le 8 mars 1898, un homme grand et vigoureux, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital Patrick Dun's, à Dublin, dans le service du professeur Benett. Il vient pour un gon-

flement inflammatoire, de forme arrondie, situé derrière son cou et le forçant de garder sa tête pliée. Ce gonflement a débuté quatre mois auparavant par un petit bouton situé à la partie postérieure du lobule de l'oreille gauche et se propageant sur la peau de la région mastoïdienne. En trois semaines, il atteignit les dimensions d'une orange, faisait beaucoup souffrir le malade et l'empêchait d'ouvrir la bouche, si bien qu'il fit appeler un médecin. Celui-ci incisa la tumeur ; un peu de pus mêlé de sang s'en échappa, mais il n'y eut pas d'amélioration. Le gonflement augmenta si bien qu'à son entrée il s'étend d'une oreille à l'autre en passant derrière le cou, ainsi que sur la face antérieure du cou jusqu'au sternum. En arrière, fluctuation très étendue s'étendant le long de la colonne vertébrale jusqu'au niveau de l'omoplate.

Le malade meurt d'une propagation directe au poumon du foyer actinomycosique.

A l'autopsie, on trouve des lésions actinomycosiques des tissus du cou et dans le poumon. On retrouve des grains jaunes.

Voici maintenant l'observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, et se rapportant à un cas d'actinomycose primitive du conduit auditif externe.

OBSERVATION III

(Citée par MM. Rivière et Thévenot, *Rev. de chirurgie*, 1903.)

Phlegmon actinomycosique suppuré de la région angulo-faciale et péri-mastoïdienne gauches, consécutif à une otite externe de même nature.

Fr. G..., trente-six ans, cultivateur à Pont-d'Ain, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 avril 1903, salle Saint-Philippe, n° 30 (ser-

vice de M. Poncet), pour une affection de l'oreille et de la région cervicale gauche.

Personnellement, il a toujours été bien portant. Il est marié et a trois enfants qui jouissent d'une parfaite santé. Il est envoyé à la clinique par les D^{rs} Demias et Rivière, qui supposent de l'actinomyose ?

Il habite un pays humide à la limite des marécages, et où il y a beaucoup de fourrage. Il ne soigne pas de bêtes à cornes, mais il manie de la paille, décharge parfois du foin, dont il craint beaucoup la poussière. Pas d'animaux malades dans la région.

L'affection actuelle a débuté, à la fin du mois de février 1903, par des douleurs extrêmement violentes dans l'oreille gauche. Quinze jours après, il se fit spontanément par cette oreille un écoulement de pus assez abondant et les douleurs se calmèrent immédiatement. Cet écoulement dura dix jours, puis devint intermittent.

Au commencement de mars (1), quelques jours après l'établissement de la suppuration, le malade se mit à souffrir de la région mastoïdienne gauche qui, non seulement devint douloureuse, mais encore se tuméfia ; en même temps apparaissait un peu de torticolis. Le gonflement s'étendit d'une façon progressive le long du sterno-cléido-mastoïdien ; il se fit à ce niveau de petits abcès superficiels qui s'ouvrirent à l'extérieur et devinrent fistuleux.

Actuellement, les lésions répondent aux deux tiers supérieurs du sterno-cléido-mastoïdien. La peau, à ce niveau, est violacée et adhère aux plans profonds. Par places, elle est extrêmement fine et transparente comme une peau d'oignon ; elle est soulevée par de petits abcès dont elle laisse entrevoir le pus jaune doré. Elle présente en outre, en arrière de

(1) A ce moment, le D^r Demias (de Pont-d'Ain), consulté, fit le diagnostic probable d'actinomyose et ordonna de l'iode de potassium sans résultat.

l'angle maxillaire, de petits trajets fistuleux qui laissent s'écouler une sérosité sanguinolente.

Les tissus sous-jacents sont le siège d'une infiltration qui transforme toute cette région et surtout tout le muscle correspondant en une masse d'une dureté ligneuse ; de là, un torticolis assez marqué.

Il n'y a pas de trismus, ni quoi que ce soit d'anormal du côté de la bouche. D'ailleurs les lésions ne se sont pas propagées jusqu'au maxillaire inférieur ; au niveau de l'angle de cet os, il y a bien de l'œdème, mais sans caractères particuliers.

L'examen spécial révèle les particularités suivantes :

L'écoulement d'oreille, qui fut d'abord très abondant et ne présentait jamais, au dire du malade, l'aspect franchement purulent, est actuellement intermittent : il est blanc jaunâtre.

L'examen de l'audition indique que la montre est étendue à 0,50 à gauche et à 1 mètre à droite ; la voix basse est bien entendue des deux côtés, avec une différence d'1 mètre en moins pour l'oreille gauche. Subjectivement, le malade se plaint cependant d'une forte diminution de l'ouïe à gauche. Le diapason, quel qu'il soit, est nettement latéralisé à gauche ; les vibrations mastoïdiennes sont bien fermes. Le cathétérisme donne une auscultation normale ; il décèle un passage large de l'ouïe, sans qu'il y ait de bruit caractéristique de perforation. L'oreille droite montre un tympan sans triangle, lumineux, épaissi en arrière et d'aspect blanchâtre. L'oreille gauche est obstruée par des grumeaux blanchâtres que le lavage ramène un peu rosés. Ce qu'il y a de caractéristique est la présence — mieux vue après lavage — sur la paroi inférieure du conduit d'un bourgeon inflammatoire, ayant l'aspect d'une fistulette, demi-mollasse et non douloureuse au toucher, assez volumineuse pour cacher en partie le tympan : cela ressemble à un petit furoncle débourbillonné. Le tympan mal vu paraît dépoli, sec, sans apparence de perforation récente ou ancienne. Il s'agit, en résumé, d'une otite externe actinomycosique (Rivière, Sargnon).

Il n'y eut jamais ni nausées, ni vomissements, ni céphalée fixe, pas même de points douloureux profonds dans la région mastoïdienne : celle-ci indique une sensibilité égale à la pression, qu'elle soit superficielle ou appuyée.

Nez : un peu de rhinite hypertrophique. *Pharynx* : Son entrée un peu œdématiée, probablement à la suite de l'injection de l'iodure.

En somme, il ne paraît y avoir ni otite moyenne, ni surtout mastoïdite, alors qu'au premier aspect ces deux diagnostics eussent semblé évidents.

A la clinique de M. Poncet, on porta le diagnostic probable de phlegmon suppuré d'origine actinomycosique au point de départ auriculaire. Ce diagnostic fut confirmé par la constatation de nombreux grains jaunes qui, sous le champ du microscope, étaient constitués par des actinomyces (L. Dor).

OPÉRATION, le 10 mai. — Sur les conseils de M. Poncet, une incision est faite parallèlement au sterno-cléido-mastoïdien et suivant la longueur de ce muscle. Il faut sectionner un tissu fibreux très dense pour arriver sur le sterno-mastoïdien qui est peu infiltré. Au-dessous, les tissus sont sains.

Le tissu induré qui constitue la masse inflammatoire renferme de-ci, de-là, de petits nids de fongosités et de petits abcès qui sont curettés. Les lésions remontent jusqu'à l'apophyse mastoïde, mais le tissu osseux qui la constitue ne paraît pas infiltré, il n'est pas fait d'intervention sur elle (Thévenot).

Pansement à plat et cautérisations répétées à la teinture d'iode. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 20 mai, pour continuer son traitement chez lui.

24 juin. — Le malade revu par l'un de nous présente une guérison à peu près complète ; il se produisit cependant, il y a une quinzaine de jours, un point fluctuant qui fut ouvert et se cicatrisa normalement. La région sterno-cléido-mastoïdienne reprend sa souplesse ; il n'y a pas de points fistuleux. L'ouïe est en partie revenue. Le conduit auditif est désobstrué.

L'état général est excellent. Le malade continue le traitement prescrit.

30 octobre 1903. — Nous avons des nouvelles de ce malade par le D^r Demias, de Pont-d'Ain, qui l'a traité le premier. Le docteur Demias a relaté ces derniers jours quelques noyaux indurés, gros comme des noisettes, le long de la cicatrice opératoire. Il y a quelque temps, le malade a éprouvé quelques douleurs en cet endroit, mais actuellement il ne souffre plus et continue son travail. Rien au tympan. L'ouïe est aussi bonne que du côté sain. L'état général est excellent.

Observations se rapportant à des fistules ouvertes dans le conduit auditif venant, de foyers actinomycosiques voisins.

OBSERVATION IV (très résumée).

(De M. le professeur Poncet, *in* thèse Rouffiandis.)

Malade, soixante-quatre ans, tailleur, demeurant à Grenoble, traité d'abord à Grenoble, puis à Lyon chez M. le D^r Gailleton, à l'Antiquaille, entre à la clinique de M. le professeur Poncet, le 26 décembre 1895 (salle Saint-Philippe, lit n^o 2).

Il présente sur la joue gauche une cicatrice, sur la lèvre gauche un noyau dur, lisse et rouge; enfin, au niveau de toute la région parotidienne et sous l'orbite une tuméfaction œdémateuse, rouge, ramollie avec fistules. L'oreille gauche laisse échapper du pus d'une façon intermittente; le conduit auditif est fermé par la tuméfaction qui accole ses deux bords antérieur et postérieur. Paralysie de la branche supérieure du facial.

Ce malade est opéré le 9 janvier 1896. Première incision sous l'orbite gauche; on rencontre des poches fongueuses à

grains jaunes. Seconde incision verticale en avant de l'oreille depuis le tubercule zygomatique jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire. Issue de pus et de fongosités, dans lesquels on retrouve les mêmes grains jaunes.

OBSERVATION V (résumée).

(Poncet, *Mercredi médical*, ju'n 1895.)

Actinomycose temporo-maxillaire, avec fistule s'ouvrant dans le conduit auditif externe.

Malade, âgé de cinquante-quatre ans, bonne santé habituelle, pas d'antécédents morbides, pas de syphilis; a l'habitude de mâchonner les brins d'herbe et de paille. Il est atteint d'actinomycose temporo-maxillaire, dont le début remonte à novembre 1893. Périostite alvéolo-dentaire, puis tumeur gingivale avec écoulement séro-sanguinolent, douleur, trismus. Revu en août 1894, le malade présente, au niveau de l'angle de la mâchoire, des régions parotidienne et mastoïdienne, un gonflement considérable occasionnant des douleurs très vives. La tumeur dure, bosselée, offre l'aspect d'un sarcome sur le point de s'ulcérer. Elle s'ouvre enfin spontanément d'abord dans le conduit auditif externe, puis autour de l'angle du maxillaire en seize points différents. Ces ouvertures, se faisant tous les huit ou dix jours au milieu de violentes douleurs, étaient suivies d'un grand soulagement. Elles donnaient issue à du liquide séro-purulent contenant de petits grumeaux jaunes. Cicatrisation des fistules et guérison de la lésion primitive par un traitement ioduré poursuivi jusqu'en 1897.

OBSERVATION VI (résumée).

(L. Dor, *Gaz. hebd. méd. et chirurg.*, 1893.)

Femme demeurant à Chanaz (Savoie), cultivatrice, ayant toujours travaillé la terre, ayant toujours eu deux vaches dans son étable et n'étant pas sans avoir remarqué, disait-elle, que, dans son pays, lorsqu'on donnait un coup à la mâchoire de ces animaux, il s'y développait des tumeurs qui ne guérissaient pas. Elle est atteinte d'actinomyose temporo-maxillaire en avril 1892. La maladie évolue par une tuméfaction sous-maxillaire gagnant l'angle de la mâchoire, la région parotidienne et la joue. Des fistules ne tardent pas à s'ouvrir et l'une d'elles se fait jour dans le conduit auditif externe d'où, par deux fois, pendant quinze jours, s'est écoulé un pus sanguinolent.

La malade mourut de généralisation pulmonaire.

OBSERVATION VII (inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

B... Auguste, âgé de quarante-huit ans, entre à l'hôpital le 9 novembre 1903, pour une tumeur cervicale du côté gauche, accompagnée de trismus et datant d'un mois environ.

Ce malade, qui a une très mauvaise dentition, raconte qu'à la fin de juillet dernier, il s'est fait arracher la dent de sagesse de la mâchoire supérieure gauche; l'extraction fut suivie d'une infection buccale, car le malade raconte que, deux mois après, il eut un abcès qui s'ouvrit spontanément dans la bouche; il a rendu une grande quantité de pus. Huit jours avant l'ouverture de l'abcès, il raconte qu'un de ses lapins avait pris du trismus et de la tuméfaction de la

mâchoire, qui disparurent au bout de quelques jours. Ce lapin, qu'il nourrissait d'herbe, d'avoine, etc., vit toujours.

Il y a un mois, il eut un écoulement d'oreille à gauche. On lui fit des lavages de l'oreille externe, des applications de vésicatoires sur la mastoïde; cet incident fut résolu en six jours. Il ne semble avoir eu que de l'otite externe, car sa fonction auditive ne s'est pas modifiée et il entend aussi bien du côté gauche que du côté droit.

En même temps que son otite, il remarqua qu'il ouvrait difficilement la bouche; son trismus commençait pour aller augmentant chaque jour, aujourd'hui il ne peut ouvrir la bouche.

Examen local. — A gauche du cou, tuméfaction chaude, douloureuse, faisant saillir les régions parotidienne et sous-maxillaire. Point douloureux à l'angle de la mâchoire. La tuméfaction se délimite difficilement. Pas de fluctuation.

Les mouvements de la tête sont tous libres et se font sans douleur.

L'exploration de la bouche est impossible à cause du trismus.

Pas de douleur du côté de la mastoïde.

Le malade crache parfois du pus, mélangé à du sang.

La déglutition des liquides se fait sans douleurs; celle des solides est très pénible.

L'état général du malade est bon. Pas de fièvre.

Opération. — Pratiquée par M. le professeur Poncet, le 13 novembre. Incision au-dessus de l'angle de la mâchoire. On tombe dans une petite cavité pleine de fongosités. Curetage et pansement à la gaze iodoformée.

L'examen microscopique des fongosités et du pus est pratiqué par M. le Dr Dor. On trouve des touffes superbes de filaments mycéliens, dichotomisés et enchevêtrés dans tous les sens. Ils sont aussi caractéristiques que possible pour nous permettre d'affirmer la nature actinomycosique de l'affection.

CHAPITRE II

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR L'ACTINOMYCOSE DE L'OREILLE EXTERNE

Étiologie et Pathogénie

D'après les observations nous voyons que l'actinomyose primitive de l'oreille externe, y compris le conduit, est un exemple d'actinomyose cutanée. Elle est très rare. Au premier abord, ceci ne doit pas nous étonner car les cas d'actinomyose cutanée primitive sont également fort rares. Dans une statistique portant sur les cinq dernières années, M. le professeur Poncet et M. Thévenot ont signalé pour le monde entier 632 cas d'actinomyose et l'actinomyose cutanée n'entre que pour 11 dans le nombre. La moyenne est donc inférieure à 2 pour 100. Cependant si nous nous rapportons au cas spécial de l'oreille externe, nous trouvons seulement trois observations en plus de vingt ans et, de ce fait, notre pourcentage se trouve encore très notablement abaissé. L'actinomyose de l'oreille externe devient une exception. Il serait intéressant de donner une raison à cet état de choses ; nous ferons remarquer seulement que le tissu cellulaire lâche est un lieu d'élection pour le développement du parasite. L'oreille externe est

peu riche en tissu connectif. L'actinomycose s'y trouve en mauvais terrain pour se développer, et ce qui nous confirme encore dans cette opinion, c'est que le pavillon pauvre par excellence en tissu cellulaire lâche, n'a jamais été atteint par le parasite, tandis que le lobule relativement plus riche a été parfois le siège de l'infection. Ne conviendrait-il pas peut-être aussi d'attribuer un rôle au cartilage fibreux du pavillon pour expliquer sa résistance spéciale au processus actinomycosique.

La cause efficiente est évidemment la contamination parasitaire, mais nous ne saurions méconnaître non plus le rôle déterminant du traumatisme. Rappelons à ce sujet notre observation I où les boucles d'oreilles semblent avoir joué un rôle dans la localisation spéciale de l'affection.

Le conduit auditif externe est primitivement atteint, bien plus rarement encore que le lobule, puisque le cas de M. le professeur Poncet est le seul que nous connaissions et il porte sur un nombre d'à peu près 15.000 cas d'actinomycose publiés jusqu'à ce jour.

Cependant le conduit auditif peut être un siège secondaire de suppuration actinomycosique lorsque des fistules de voisinage s'ouvrent dans sa lumière ; mais le fait ne constitue, en quelque sorte, qu'un épisode d'une actinomycose à proximité ; encore est-il peu fréquent, nous n'avons pu en recueillir que quatre exemples.

Au point de vue pathogénique, nous ne saurions admettre, pour expliquer les lésions du lobule, qu'une contamination directe par les agents extérieurs ; c'est cette contamination directe qui nous explique aussi le plus simplement les lésions primitives du conduit ; mais,

dans ce dernier cas, il est cependant deux autres hypothèses que l'on pouvait admettre et nous devons nous y arrêter un instant.

La première est celle de la propagation du champignon venant de la bouche ou du pharynx à travers les parties molles de la joue ou de la région parotidienne. L'actinomyces peut en effet rester longtemps cantonnée dans des organes à l'état latent, témoin le cas de Müller où l'infection ne se développa que deux ans après inoculation. Mais, lorsqu'il se fait un chemin de proche en proche dans les tissus, nous admettons difficilement qu'il ne laisse pas de traces de son passage ; et si, par hasard, le parasite avait produit des lésions avant d'arriver à l'oreille, nous n'aurions plus affaire à une actinomycose primitive du conduit, il s'agirait simplement d'une lésion propagée. D'ailleurs, mises à part, les fistules ouvertes dans le conduit auditif, et qui, en dehors de l'écoulement, n'ont jamais amené de modification dans l'état des parois du conduit, l'actinomycose secondaire de ces parois par lésion de voisinage, n'est nulle part signalée. On est autorisé à penser que l'existence du tissu cartilagineux est une barrière qui empêche l'extension du champignon rayonné.

Admettons-nous une propagation par le pharynx et la trompe d'Eustache à l'oreille moyenne, et de celle-ci au conduit ? La condition essentielle d'une voie semblable serait la déchirure de la membrane du tympan. Or, celle-ci était intacte, du moins dans le cas que nous avons observé.

Force nous est donc d'admettre l'inoculation directe. Cependant nous pouvons nous demander pourquoi un

canal largement ouvert à l'extérieur, exposé par là à toutes les contaminations de l'air est si rarement atteint. Certes, d'autres conditions prédisposantes ne manquent pas. Combien de personnes en effet se servent de débris végétaux pour gratter leur conduit auditif et combien, d'autre part, est exceptionnelle cette localisation actinomycosique ? Mais l'actinomycose du conduit a plusieurs raisons d'être rare. D'abord, elle est cutanée et c'est déjà un premier motif que nous avons signalé. De plus, le cérumen n'aurait-il pas un rôle protecteur ? Constamment sécrété, ne s'opposerait-il pas au contact direct du parasite ? N'aurait-il pas enfin un pouvoir bactéricide ? Le fait est démontré pour certaines sécrétions organiques. Lermoyez et Würtz attribuent la fétidité de l'ozène à des fermentations microbiennes dans les cornets, parce que les glandes de la pituitaire atrophiées ne sécrètent plus leur suc bactéricide. — Busch admet que les larmes sont bactéricides. Nous croyons qu'alors il nous est permis d'induire, sans preuve expérimentale toutefois, que le cérumen s'oppose à la colonisation du champignon rayonné.

Symptomatologie.

L'actinomycose du lobule ne nous offre rien de particulier. Nous la voyons affecter parfois la forme nodulaire (cas de Littledale), parfois la forme ulcérée. D'ailleurs, l'une n'exclut pas l'autre. Mais il n'est pas impossible, bien que toutefois nous n'en ayons vu d'exemple, que l'affection se présente sous forme érythémateuse, maculeuse, vésiculeuse puisqu'en somme, comme nous l'avons dit, elle n'est qu'une actinomycose cutanée à loca-

lisation spéciale. Nous n'entrons pas dans plus de détails. Ces formes cutanées et leur diagnostic parfois fort délicat sont d'ailleurs très bien étudiées dans le traité de MM. Poncet et Bérard et dans une série de thèses de nos devanciers (Pourpre, Monestié, Taburet). Ces mêmes formes peuvent se rencontrer au niveau du conduit. Dans le cas de M. le professeur Poncet, il s'agissait d'un bourgeon siégeant près du tympan, mais il y avait en même temps infiltration des parois et suppuration.

L'otite externe actinomycosique a les allures d'une otite chronique. Elle évolue sans fièvre et sans symptômes généraux. Elle provoque des douleurs très atténuées et un écoulement de longue durée, surtout si l'on n'intervient pas par un traitement approprié. Les symptômes fonctionnels sont d'autant plus marqués que le gonflement des parois du conduit s'oppose davantage au passage des ondes sonores. Mais la perception osseuse est toujours conservée. Il n'y a cependant pas un large placard induré d'emblée, dans lequel des points vont se ramollir et s'ulcérer. Le champignon rayonné évolue dans une zone plus restreinte comme un abcès ou un furoncle du conduit. Ce n'est que plus tard qu'il diffuse vers la peau de la région mastoïdienne et l'extrémité supérieure du sterno-cleido-mastoidien.

Diagnostic.

Etant donnée l'absence des phénomènes réactionnels généraux, le diagnostic doit se faire avec les affections chroniques.

On devra penser à l'otite externe chronique des scrofuleux qui est le plus souvent bilatérale et qui survient

comme manifestation d'une diathèse reconnaissable à d'autres signes.

On devra avoir en vue l'otite syphilitique signalée par Ladreit de Lacharrière comme manifestation secondaire de l'infection spécifique. Cette variété d'otite, le plus souvent bilatérale, évolue rapidement. Les sécrétions, d'abord muqueuses, deviennent muco-purulentes et très fétides. Enfin, il y a souvent coexistence d'autres accidents secondaires qui fixeront le clinicien sur la véritable nature de l'affection auriculaire.

Notons enfin qu'il existe des mycoses de l'oreille dues à des parasites d'espèces variées du genre *Aspergillus*. Ceux-ci vivent comme l'actinomyces sur les végétaux ; aussi, les conditions étiologiques de l'actinomycose et de l'aspergillose sont-elles les mêmes. Cette dernière affection donne toutefois peu de pus, mais surtout des masses blanches dans les voies auditives.

Enfin le moyen qui nous permettra d'une façon absolue d'affirmer le diagnostic avec certitude, sera la seule constatation d'actinomyces dans le pus. Nous n'établirons donc le diagnostic qu'après examen microscopique. Il importe enfin, de se rendre compte de l'état du tympan pour s'assurer de l'intégrité de l'oreille moyenne. L'actinomycose secondaire du conduit due à l'ouverture d'une fistule de voisinage se manifeste par un écoulement purulent, indolore, sans fièvre, mais un fait assez constant, est le peu de durée des accidents. Il est possible que le pus qui s'écoule du conduit auditif ne contienne pas de parasites. L'examen n'en a jamais été fait, mais il serait peut-être logique d'admettre que l'actinomycose de voisinage est bien la cause de la suppuration, parce qu'elle

favorise des infections secondaires pyogènes ; qu'une fois le pus collecté, il faut à ce dernier un orifice de sortie. Il crée alors la fistule et, lorsque la poche est vidée, la fistule guérit d'elle-même pour se reproduire quelques jours après. Le pus qui est éliminé n'est pas de nature actinomycosique pure. Il peut néanmoins entraîner avec lui quelques filaments mycéliens.

Complications.

Disons quelques mots des complications de l'actinomycose de l'oreille externe. La seule que nous ayons pu constater dans nos observations est le phlegmon de voisinage. Les lésions du lobule gagnent aisément le cou. L'infection se fait de proche en proche. La propagation du phlegmon à la région mastoïdienne est plutôt consécutive à une lésion du conduit. Nous nous trouvons alors en face d'une collection suppurée, le plus souvent sous-cutanée, évoluant d'une façon torpide et sans phénomènes généraux, avec tendance à s'ouvrir spontanément à l'extérieur. Le phlegmon, pour cela, ne dédaigne pas les plans profonds ; il infiltre les gaines musculaires et les muscles eux-mêmes, de préférence les chefs initiaux du sterno-cleido-mastoïdien, du trapèze, des complexus, englobant dans une même masse toutes les couches d'une partie de la région cervicale. Mais ce qui distingue encore ce phlegmon spécial des phlegmons de nature différente, c'est la lenteur de l'évolution, l'induration en plaards, le ramollissement de certains points, la formation de fistules, la coloration rouge vineux de la peau elle-même infiltrée et aussi, comme nous l'avons dit, l'absence de fièvre et de phénomènes généraux.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel du phlegmon actinomycosique ou phlegmon ligneux du cou. Nous renvoyons le lecteur à un article de Marion, paru dans les *Archives générales de médecine* (janvier 1903) et à la thèse de Martinet (Lyon, 1903). Nous ferons remarquer toutefois que son symptôme essentiel est sa dureté ligneuse par places et qu'il faut songer aux lésions syphilitiques ou bacillaires évoluant généralement avec beaucoup plus de lenteur, au lymphadénome qui n'a jamais la même consistance ligneuse, aux adénites cancéreuses qui débutent par des masses isolées et indépendantes et qui n'aboutissent que tardivement à l'envahissement des tissus et de la peau.

Le phlegmon actinomycosique sus-mastoïdien peut se propager à la colonne vertébrale, à l'atlas, à l'axis et au cerveau par le trou occipital. C'est par une propagation ayant suivi cette voie que mourut le malade de Zaufall, atteint d'actinomycose de l'oreille moyenne et secondairement de phlegmon du cou.

Nous pourrions maintenant, comme nouvelle complication, envisager l'hypothèse d'une propagation secondaire du phlegmon supra-mastoïdien à travers l'apophyse jusqu'aux cellules pneumatiques l'antre et la caisse ; elle n'est pas invraisemblable, mais aucun fait positif ne vient prouver sa réalité clinique, de même qu'aucun fait non plus ne nous permet de supposer une propagation de l'infection à l'oreille moyenne, à travers le tympan déchiré. Contentons-nous de nous demander également quelle valeur on pourrait attribuer à l'hypothèse d'une propagation de ce phlegmon du cou au cerveau, en le faisant suivre les gaines des nerfs craniens et

se propager aux centres nerveux par les trous de la base du crâne. Des faits ultérieurs nous démontreront peut-être un jour l'existence réelle de ces complications que nous considérons seulement aujourd'hui comme possibles.

Pronostic et Traitement.

Le pronostic de l'actinomyose de l'oreille externe est favorable au même titre que celui de l'actinomyose cutanée. Sur 10 cas d'actinomyose cutanée cités dans leur traité par M. Poncet-Bérard, on trouve seulement un décès. Sans doute, le malade est toujours exposé à des phénomènes de généralisation. Il est encore des cas où la virulence du parasite est telle, qu'il se propage très vite même à des régions très éloignées, témoin le malade de Littledale, qui mourut d'une complication pulmonaire par propagation du phlegmon actinomycosique le long du cou, jusque dans la cavité thoracique. Nous pouvons dire que le pronostic de l'actinomyose de l'oreille externe est celui de sa complication, c'est-à-dire du phlegmon ; mais qu'il importe avant tout pour le chirurgien de prévenir la formation de ce phlegmon et de le traiter lorsqu'il existe, afin de soustraire son malade aux dangers que nous avons mentionnés. Ceci peut également s'appliquer, de toutes pièces, aux lésions primitives du conduit. Quant aux lésions secondaires, c'est-à-dire aux fistules, nous baserons exclusivement notre pronostic sur la lésion initiale. D'ailleurs, ces fistules se ferment d'elles-mêmes lorsqu'on traite le foyer primitif qui les produit. Si donc la lésion primitive est une lésion superficielle cervico-faciale, le pronostic est relativement

bénin. Il devient plus grave lorsque le foyer initial de l'actinomyose est le maxillaire supérieur. Baumgarten, en effet, avait déjà fait cette remarque que les lésions maxillaires supérieures étaient toujours plus graves que celles du maxillaire inférieur les premières exposant le sujet à des séries de complications du côté du nez, du pharynx, du poumon, du tube digestif ou des centres nerveux. MM. Dubreuilh et Sabrazès résument en quelques mots le pronostic général de l'actinomyose et ce qu'ils en disent peut s'appliquer à sa localisation spéciale sur l'oreille. « Il en est de l'actinomyose, suivant ces deux maîtres, comme de la tuberculose ; les formes viscérales ou généralisées sont très graves ; les formes cutanées et circonscrites sont souvent curables. »

Le pronostic fonctionnel est également à considérer. Il nous semble cependant qu'il est favorable, car la lésion bien traitée guérit ; et, lorsque les parois du conduit se cicatrisent, lorsque la peau du canal n'est plus infiltrée, quand l'air y circule librement, l'ouïe reprend assez vite son acuité normale. Le malade de M. le professeur Poncet est un exemple typique. Nous avons eu dernièrement de ses nouvelles par M. le D^r Rivière qui le voit de temps en temps. Son état général est excellent. Les lésions auriculaires et para-auriculaires sont cicatrisées. La peau a repris sa souplesse et l'audition est aussi bonne qu'avant le début de la maladie.

Le traitement des lésions actinomycosiques de l'oreille externe est variable suivant les cas.

Pour les lésions simples du lobule, pour les lésions primitives du conduit, le traitement médical par l'iodure sera le plus important. Il ne faudra pas, pour cela, né-

gliger les soins antiseptiques sur les points intéressés, afin de limiter, si possible, l'extension du foyer et s'opposer aux infections secondaires. Lorsque la lésion affecte le type nodulaire, limité, sans infiltration des tissus voisins, l'incision et le curetage du nodule actinomycosique nous semblent indiqués, si toutefois le mal n'est pas trop étendu.

Lorsqu'il y a phlegmon des parties molles, le traitement médical est insuffisant. L'ouverture, la cautérisation, le drainage des parties intéressées sont nécessaires et les soins consécutifs ne feront que hâter la guérison.

Enfin, dans les cas de fistules auriculaires, il faudra simplement traiter les lésions initiales. Les fistules auriculaires ont une tendance spontanée à la guérison lorsqu'on supprime la cause qui les produit.

DEUXIÈME PARTIE

ACTINOMYCOSE DE L'OREILLE MOYENNE

OBSERVATION I

(De Majocchi, *Riforma medica*, 1892.)

B... Antoine, âgé de quarante-huit ans, de Becerto, entre l'an dernier à la clinique dermosyphilopathique de Parme pour y subir le traitement d'un mycosis fongoïde qu'on y avait plusieurs fois amélioré dans l'espace de trois mois. Il en sortit quelques jours après, promettant d'y retourner dans le courant de l'année pour y continuer sa cure.

Un mois après sa sortie, le malade est pris de douleurs de tête très violentes, très accusées surtout dans le côté droit et qui disparurent quelques semaines après. Néanmoins, il lui restait une certaine dureté d'oreille de ce même côté et de temps en temps il éprouvait des céphalalgies, jamais aussi intenses pourtant, que la première fois.

Entre temps, des polypes nasaux, qui le tourmentaient depuis des années, au point de rendre parfois sa respiration difficile, se multiplièrent en quantité et, de ce fait, il fut contraint, dès les premiers jours de décembre 1890, à rentrer à la clinique chirurgicale. On le guérit par l'extirpation immédiate de tous ces polypes.

A quelques jours de l'opération, le malade, très amélioré, demanda son transfert à la clinique dermo-syphilopathique pour y reprendre le traitement de son mycosis fongoïde.

Nous nous aperçûmes alors d'une lésion beaucoup plus grave, à laquelle le malade devait succomber.

Examen objectif. — A première vue, on remarque que la moitié droite de la face est tombante.

Interrogé sur le début de ce phénomène, le malade nous répond qu'il ne s'en est jamais aperçu. Nous avons pu néanmoins nous renseigner, par l'infirmier de la clinique chirurgicale, qui nous dit que deux jours avant la sortie du malade il a remarqué cette chute de la moitié droite de sa face. La lésion, à peine appréciable dès le début, augmentait de jour en jour.

Etat actuel. — Pas d'amélioration. Le sujet ne ferme pas complètement les paupières et la paupière inférieure est légèrement ectopiée. La muqueuse conjonctivale est un peu rouge; des larmes abondantes tombent sur la joue. Le patient, invité à siffler, n'y réussit pas et de l'angle labial droit s'écoule un peu de salive. Pas de déviation notable du voile du palais et de la luette. La langue, pourtant, est légèrement déviée à gauche.

Trois jours après l'hospitalisation de ce malade à la clinique, nouveau phénomène : il s'écoule du conduit auditif un liquide purulent. L'examen otoscopique dénote une grande quantité de pus et, après des lavages répétés, nous nous apercevons que le tympan est déchiré. A cause de la quantité de pus qui s'écoule continuellement, il est difficile de voir d'autres lésions.

Bien que sur pied, le malade éprouve une certaine appréhension dans la marche; avant de faire un pas, il regarde fixement à terre, s'appuie aux murs, aux chaises, a peur de tomber parce qu'il est dans un état vertigineux.

Dès que nous remarquons l'écoulement purulent de l'oreille, nous prescrivons aussitôt le repos au lit et des soins antiseptiques locaux. Mais la fièvre, légère au début, augmente graduellement de jour en jour; les forces du malade dépérissent de même.

Malgré des lavages aseptiques, malgré des pulvérisations

d'iodoforme, le liquide purulent est toujours de plus en plus abondant. Le malade ne peut ni se lever, ni s'asseoir sur son lit à cause du vertige et de vomissements. Aussi faut-il que des infirmiers le fassent manger.

Le 17 janvier, le malade est plus abattu. Le hoquet survient et il tombe dans le coma. Le pouls devient filiforme, la respiration se ralentit. La mort survient le 18, à 11 heures du matin. Le diagnostic porté était le suivant : otite moyenne purulente droite. Méningite basilaire suppurée. Thrombose du sinus transverse.

Nécropsie. — Nous laissons de côté les lésions de mycosis fongoïde de la peau et des ganglions.

L'étude anatomo-pathologique intéressante porte sur la tête et sur la poitrine.

Tête. — Les méninges sont congestionnées ; les circonvolutions aplaties. Il y a beaucoup de liquide visqueux dans les ventricules. Ramollissement du trigone cérébral et de la partie médiane du corps calleux. Le septum lucidum est intact. Le quatrième ventricule est dilaté. On trouve une collection purulente sous l'hémisphère cérébelleux droit ; elle s'étend jusqu'au pédoncule moyen ; elle est entourée de quelques fragments de masse cérébrale.

Le sinus latéral droit est thrombosé par un caillot d'apparence fibrineuse, avec infiltration purulente des parties voisines.

Nécrose du rocher droit, en grande partie détaché du reste de l'os.

Cavité tympanique pleine de pus ; membrane du tympan déchirée. Pas de lésion des cellules mastoïdiennes ; catarrhe de l'ouverture de la trompe d'Eustache droite.

Poitrine. — Anciennes et puissantes adhérences des plèvres viscérale et pariétale. Dans la plèvre droite, au-dessous de la quatrième côte, épanchement enkysté dans une poche épaisse en partie calcifiée, avec contenu d'aspect ca-

séaux, mêlé de grains jaunâtres et jaune soufre; aucun de consistance calcaire.

Poumon droit congestionné et œdémateux à la base et en arrière. Entre lui et la poche pleurale mentionnée, on trouve de petites cavités remplies de grains jaunes en partie calcifiés. Pas de grains dans le parenchyme de ce poumon.

Le poumon gauche, congestionné à la base et en arrière, présente à son sommet une petite caverne remplie d'une masse caséuse et granuleuse. Muqueuse bronchique partout congestionnée.

Comme j'avais assisté à la nécropsie, le professeur Inzani me chargea de déterminer la nature du contenu de la poche épaisse située sur la plèvre droite. Je me trouvai en présence d'une masse caséo-purulente contenant des grains jaune soufre. Certains sont friables, d'autres calcaires, mais la présence simultanée de ces mêmes grains dans la cavernule du poumon droit et dans le sac pleural me firent soupçonner qu'il s'agissait de pleuro-pneumo-actinomycose. Je priai le professeur Inzani de me céder les pièces.

Examen microscopique. — Il a suffi d'examiner quelques grains jaunes pour se convaincre immédiatement de la présence de masses actinomycosiques, sous forme de filaments ou sous forme de massues.

A l'examen de coupes faites dans le sac pleural, on trouve à sa limitante interne, des champignons rayonnés en anfas. de taille différente, infiltrés de sels calcaires. Mêmes constatations à l'examen des cavernules du poumon. Il s'agissait donc vraiment de pleuro-pneumo-actinomycose, mais elle avait évolué sous des allures si insidieuses que le malade n'avait jamais rien accusé du côté de son thorax.

Malgré ces constatations pleuro-pulmonaires, nous n'eumes jamais l'idée qu'un pareil processus avait pu se généraliser à l'oreille moyenne, à l'oreille interne, au cerveau et au cervelet. Ce ne fut que quelques jours après que nous envisageâmes la possibilité de la nature également actinomycosique de la lésion auriculaire. Nous eumes l'heureuse fortune de

retrouver le temporal qui avait été conservé par le professeur Inzani et nous pûmes ainsi vérifier nos présomptions. Des analyses microscopiques faites avec le professeur Inzani, aux dépens de détritits pris à la surface du rocher, nous firent découvrir en ce point la présence de l'actinomyce encore à l'état jeune, c'est-à-dire formé par de petits amas rayonnés. On le rencontrait également sur de frêles lamelles osseuses séparées du rocher, au milieu de détritits organiques et de globules purulents.

Le limaçon envahi par la carie osseuse, le vestibule perforé, contenaient également du pus, qui fut examiné avec soin ; on y trouva toujours le champignon rayonné en quantité notable et à divers stades de développement.

L'analyse microscopique du cerveau et du cervelet ne fut pas faite, car ces pièces n'avaient pas été conservées. Mais les lésions qu'ils présentaient devaient être certainement de nature actinomycosique et avaient eu leur point de départ dans l'oreille.

Le professeur Majocchi termine son observation par les considérations suivantes :

a) Le groupe des lésions auriculaires, méningées et conséquemment des masses cérébrales sont dues à l'actinomyce, ainsi que le démontre l'examen microscopique.

b) Cette invasion s'est effectuée de la façon suivante : des mucosités provenant des lésions pleuro-pulmonaires sont remontées jusqu'à la caisse par le pharynx et la trompe d'Eustache, et c'est de la caisse que le processus inflammatoire purulent s'est diffusé à l'oreille interne, aux méninges et au cerveau.

OBSERVATION II

(De Zaufall, reprise par Beck, *Prag. Med. Woch.*, —
1894 et 1900.)

K... J..., cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, s'occupe

depuis quatorze ans des travaux des champs. Son hérédité n'est pas chargée. Il a toujours été bien portant; il n'a jamais rien présenté du côté de l'oreille. Les anamnestiques ne nous permettent aucune remarque sur l'étiologie de la maladie actuelle. Il n'a jamais souffert du cou; il n'a jamais avalé de travers.

La maladie actuelle a débuté au mois de novembre 1893, par un gonflement situé derrière le bord postérieur de l'apophyse mastoïde gauche et dans la région de la nuque. Indolore et dure au début, la tuméfaction se ramollit plus tard. Quelques semaines avant son entrée à la clinique, une nouvelle tuméfaction apparut sous la pointe de la mastoïde gauche et sous le chef initial ou sterno-cléido-mastoïdien; elle s'ouvrit à la peau 3 centimètres plus bas par une petite ouverture de la grosseur d'une tête d'épingle, d'où sortait du pus. Dès le début de la première tuméfaction, le malade remarqua qu'il entendait mal de son oreille, phénomène qu'il n'avait jamais remarqué jusqu'ici. Mais il n'éprouvait ni douleur, ni bruits subjectifs. Par ailleurs, il se trouvait bien, n'avait pas de fièvre, ne toussait pas. Il entra dans notre clinique le 24 avril.

Etat actuel. — Homme fortement constitué, teint pâle, barbe et cheveux blonds, yeux bleus.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux n'indique pas d'altération pathologique.

Du côté des nerfs crâniens, rien à signaler; fond d'œil normal.

L'examen du nez montre une rhinite hypertrophique, avec sécrétion muqueuse, déviation de la cloison à gauche.

La rhinoscopie postérieure n'étant pas praticable, même après attouchement à la cocaïne, on introduit à gauche le spéculum naso-pharyngien Zaufall n° 4 et l'on aperçoit l'orifice de la trompe et ses mouvements. Le bourrelet tubaire et le repli salpingo-pharyngien sont blanc jaunâtre, tuméfiés, sans ulcération ni érosion. Le toucher digital ne donne rien de pathologique.

Plusieurs dents manquent ; il y en a de cariées, mais pas fistule dentaire, d'ulcération, de périostite. Les amygdales sont petites, ne dépassant pas le bord de leur loge, grises, jaunâtres, non ulcérées, mais anfractueuses ; elles ne sont pas perceptibles au toucher. De leur surface on retire l'ose de platine portée au rouge brique, des débris qui sont examinés microscopiquement en préparations colorées. On trouve quantité de cocci de diverses grandeurs et d'ordonnance variable, des bacilles épais, courts et longs, puis un fragment de spirille plus long, non dichotomisé, en forme de tube, contenant des grains fortement colorés, à intervalles réguliers. Ce spirille rappelle beaucoup un fragment actinomycosique.

L'examen des oreilles donne ce qui suit :

Oreille droite : La voix chuchotée est entendue à 1 mètre, la voix haute à 6 mètres. La conductibilité osseuse est conservée. Le rinne est positif.

Oreille gauche : La voix chuchotée n'est pas entendue ; la voix haute est perçue à 0^m05. Le rinne est négatif.

A l'épreuve de Weber, le son du diapason est latéralisé à gauche.

Rien dans le conduit auditif externe. Sa portion postéro-supérieure est gonflée au niveau de sa portion osseuse, de telle sorte que sa lumière en est rétrécie en fente et qu'on n'aperçoit du tympan qu'une étroite bande grise. Le tympan droit ne présente rien d'anormal.

Le pavillon de l'oreille gauche est fortement détaché du crâne ; les téguments de l'apophyse mastoïde sont fortement œdématisés. La mastoïde n'est douloureuse ni à la pression, ni à la percussion.

Du bord postérieur de la mastoïde et de la portion inférieure de l'écaille occipitale jusque près de la colonne vertébrale, on trouve une tuméfaction molle, de la largeur de la main, fluctuante, recouverte de téguments rouge livide. Une deuxième tuméfaction analogue à la première, de même consistance et de même coloration, s'étale au-dessous de la pointe de la mastoïde sur une hauteur de trois doigts environ ; elle

est séparée de la première par un sillon dans la région de la nuque. A 3 centimètres au-dessous de la pointe de la mastoïde, la tuméfaction s'ouvre à la peau par une fistule de la grosseur d'une tête d'épingle, d'où est sorti, dès les premiers jours de l'arrivée du malade, du pus mêlé à des grains verts.

Pendant son séjour à la clinique, une tuméfaction nouvelle se forma entre le bord antérieur de la mastoïde et la branche montante du maxillaire et la portion cartilagineuse du conduit auditif. C'était une infiltration dure comme du bois qui se ramollit dans la suite et devint fluctuante. A la pression de cette tumeur, aucun pus ne sortait de l'ouverture fistuleuse, de sorte qu'il n'y avait pas de communication entre l'ancienne collection et la nouvelle. L'examen de la fistule au stylet permettait de remonter 3 centimètres en avant, 3 en haut et 4 en arrière, mais on ne touchait pas de surface osseuse dénudée.

Sans donner de signification particulière aux grains verts constatés dans le pus, le professeur Zaufall posa le diagnostic d'otite moyenne sans perforation du tympan, mais compliquée d'abcès profonds du cou et de la nuque. Il se décida à faire une mastoïdite au ciseau, à cureter l'antre, à ouvrir les abcès et à réséquer, s'il le fallait, une portion de l'apophyse.

L'opération fut faite le 4 mai par le professeur Zaufall, assisté des D^{rs} Piffel, Ottenfeld et Bloch.

Opération. — Première incision sur la mastoïde, le long du pavillon, dans toute sa hauteur et descendant à 4 centimètres au-dessous de la pointe de l'apophyse en passant par la fistule. A 3 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de cette incision, deux autres incisions perpendiculaires, la première en avant, de 3 centimètres, la seconde en arrière, de 4 centimètres. Une nouvelle incision de même longueur et de même direction que cette dernière est faite quelques centimètres plus bas. Les deux incisions dirigées en arrière ouvrirent largement l'abcès postérieur ; la portion inférieure de l'incision perpendiculaire ouvrit l'abcès qui avait fusé sous

le sterno-cléido-mastoïdien. Une grande quantité de pus muqueux et visqueux s'écoula de l'incision. Le foyer opératoire fut lavé à froid avec une solution de sublimé. On détacha un lambeau périostique jusqu'au niveau du conduit auditif osseux. La portion corticale de la mastoïde n'était effondrée en aucun point. Avec un ciseau on fait sauter les portions osseuses superficielles de la mastoïde. L'os est mou ; on arrive sur les cellules pneumatiques remplies de granulations et de pus. On agrandit la brèche avec un large ciseau en faisant une rigole transversale à la base de la mastoïde, au-dessous de la ligne temporale. Afin d'ouvrir l'antre, on approfondit la rigole avec un ciseau plus mince. Jusqu'ici on ne trouvait pas de grains verts ; mais, en effondrant une cellule pneumatique plus grosse que les autres, on trouve au milieu d'un tissu granuleux un grain vert, gros comme un grain de mil, qu'on retire à la curette tranchante. On enlève encore la paroi postérieure du conduit auditif et la lamelle osseuse qui nous sépare de l'antre. Celui-ci est rempli de granulations au milieu desquelles on trouve un groupe de grains verts et ronds. On nettoie l'antre à la curette, avec beaucoup de soins pour ne pas déplacer l'enclume. Le professeur Zaufall se demanda alors s'il fallait cureter la caisse du tympan ; mais, comme il n'était pas sûr qu'il eut affaire à des grains actinomycosiques, on ne crut pas devoir anéantir le pouvoir auditif de cette oreille en curetant la caisse. Aussi on n'y toucha pas. On ouvrit encore par une nouvelle incision la collection néoformée derrière la branche montante du maxillaire ; celle-ci contenait un pus jaune et plus épais que celui des abcès voisins. Toutes ces cavités abcédales furent nettoyées à la curette tranchante et l'on enleva au ciseau les parties malades siégeant sous le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze. Lavages au sublimé au 1/1000. Les incisions sont suturées ; pansement à la gaze iodoformée.

Les fragments de muscle extirpés, les granulations enlevées des cellules pneumatiques et de l'autre, ainsi que les grains verts du pus des abcès frais, furent examinés à

l'Institut anatomo-pathologique de Prague. Les premières recherches ne donnèrent pas de résultat.

Toutefois, après l'opération, aucune amélioration ne survint, chose que nous sommes habitués à voir dans les otites aiguës. Il n'y eut pas d'élévation de température, mais le malade avait de la raideur de la nuque. Il ne dormait plus ; il éprouvait de violentes douleurs, s'irradiant de la nuque au sommet de la tête. Ces douleurs se localisèrent bientôt à la région de l'angle du maxillaire et à la région parotidienne ; celle-ci présenta bientôt une nouvelle infiltration dure et livide qui pâlit dans la suite.

La partie la plus élevée du foyer opératoire se réunit par première intention, mais la partie inférieure ne se ferma pas et laissa couler un peu de pus dans lequel on remarqua les mêmes grains verts antérieurement observés. Le processus morbide faisait des progrès ; la recherche de la nature étiologique de l'affection s'imposait de nouveau. Néanmoins, l'allure clinique de l'observation et l'insuccès de l'opération firent soupçonner au professeur Zaufall qu'il s'agissait d'actinomycose.

Les grains, de la grosseur d'un grain de mil, étaient ronds, un peu durs, facilement isolables. A l'examen microscopique, on trouva des filaments mycéliens et des massues. La nature actinomycosique des abcès fut définitivement fixée ; la nature de l'otite était identique, puisqu'on avait trouvé des grains jaunes dans les cellules pneumatiques et dans l'antre.

L'état du malade s'aggravant toujours, car une infiltration nouvelle se faisait sur le foyer opératoire, une seconde intervention fut décidée. Cette fois on procéda à un curetage radical de la caisse pour enlever les masses granuleuses qui s'y trouvaient ; mais la mort survint sept jours après, au milieu de phénomènes méningés (27 juin).

L'autopsie de ce malade, faite par le professeur Chiari douze heures après la mort, donna ce qui suit :

La région opératoire est granuleuse dans toute son étendue, épaissie, cicatricielle.

A l'examen du crâne, la dure-mère est tendue; le sinus fulciforme contient peu de sang; dans les espaces subduraux de la base du crâne, on constate un peu de sang frais extravasé. Mais cet extravasat est très abondant dans les espaces sous-arachnoïdiens de la base du crâne et des faces inférieures du cervelet, de la moelle allongée, du pont de Varole. La pie-mère et l'arachnoïde sont congestionnées, très œdématisées et très épaissies à la convexité du cerveau. La source de cet épanchement méningé était une ulcération de la portion intracrânienne de l'artère vertébrale gauche; celle-ci était épaissie, partiellement thrombosée, mais toutes les autres artères du cerveau étaient intactes. On trouvait du pus au niveau de son passage, à travers les méninges/; du pus infiltrait également les tissus lâches voisins; il contenait des grains verts de nature actinomycosique. Sur le rocher, foyer purulent, gros comme une noix, avec grains actinomycosiques.

La caisse du tympan contenait un caillot rouge et quelques granulations dans sa partie antérieure. Le marteau et l'enclume manquaient. La trompe d'Eustache gauche était perméable, sa muqueuse lisse et pâle. Rien à son ouverture pharyngée. Les cryptes amygdaliennes sont remplies d'une bouillie jaunâtre.

La muqueuse nasale est épaissie.

La musculature du cou et de la nuque, ainsi que la partie supérieure de la colonne cervicale présentent plusieurs foyers d'infiltration purulente, dans lesquels on trouve toujours les mêmes grains. L'articulation atloïdo-axoïdale gauche et les deux articulations occipito-atloïdiennes sont remplis de pus; les cartilages manquent. Cette infiltration purulente se poursuivait le long de l'apophyse basilaire, et d'un autre côté, gagnait l'écaille occipitale jusqu'à l'apophyse mastoïde.

Le diagnostic anatomo-pathologique fut le suivant : actinomycose de l'oreille moyenne ayant gagné la mastoïde, le temporal, l'atlas, l'axis, le tissu cellulaire et les muscles du cou. Mort par ulcération consécutive de l'artère vertébrale, au milieu de phénomènes méningés.

OBSERVATION III (résumée).

(Ginsberg, *Inaug. Dissert.*, Berlin, 1889-1890.)

..., commerçant, trente ans, rentre à l'hôpital le 21 juillet 1888. Il ne parle pas ; il répond quelques mots oui et non. On apprend que la maladie a débuté il y a quatre mois.

Etat actuel. — Trismus, tuméfaction du cou à gauche. Peau rouge sur la mâchoire inférieure ; cicatrices, fistules, gonflement de la région parotidienne ; effacement du sillon naso-labial. Il ne peut siffler ; le facial ne contribue plus au jeu de la physionomie. Facial supérieur intact, pupilles égales, mais tuméfaction de la région de l'œil. Le pus des fistules du cou et du visage contient des grains actinomyco-siques reconnus au microscope.

Légère amélioration au bout de cinq jours. Le malade peut parler et donner quelques détails.

Jusqu'en mars de l'année courante, dit-il, il a été bien portant. Employé d'abord dans une librairie, puis dans une Société de farines, il n'a jamais été en contact avec les bestiaux. Le 10 mars, il éprouve des douleurs dans l'oreille gauche et un écoulement s'y établit. La tuméfaction du cou et de la face apparut au commencement d'avril ; incisée par un médecin, elle se vida de son pus, puis reparut. Le malade ne délira jamais.

Vers les premiers jours de septembre, violentes douleurs de tête à gauche, ventre en bateau, pupilles dilatées, œdème papillaire, persistance de la parésie faciale. Le malade maigrit, perd l'appétit, a de la fièvre (39°3). Il meurt le 7 septembre au milieu de phénomènes paralytiques.

Evidemment nous sommes ici en présence d'un cas d'actinomyose du cerveau ayant amené la mort. Mais l'existence de douleurs auriculaires et d'un écoulement

par le conduit auditif, signalés par le malade ont pour nous un certain intérêt. Nous nous demandons tout d'abord s'il ne s'agit pas d'un cas d'actinomycose de l'oreille propagée secondairement au cerveau ; c'est pourquoi nous ne saurions passer sous silence les résultats de l'autopsie.

Nous ne parlerons pas des lésions cervico-faciales constatées, nous mentionnerons simplement, sans détails, l'existence de pus sous la dure-mère du côté gauche, l'infiltration de l'écorce et des méninges au niveau de la zone motrice, l'extension du processus vers la selle turcique et, avec M. Ginsberg, nous relaterons tout particulièrement ce qui suit :

a) Le rocher gauche est couvert de taches jaunes formées de granulations grosses comme des grains de millet.

b) Dans la trompe d'Eustache (portion cartilagineuse), on trouve des grains actinomycosiques. On en trouve également à la surface des amygdales du même côté et derrière celles-ci.

M. Ginsberg n'aurait pas rencontré de grains actinomycosiques dans la portion rocheuse de la trompe, ni dans l'oreille moyenne. Il est vrai que l'examen de ces deux dernières pièces fut fait neuf mois plus tard, après conservation dans l'alcool. De plus, la nécropsie ne relate pas d'examen de l'antre et des cellules mastoïdiennes et, certainement, au point de vue qui nous concerne, il eut été très intéressant de s'assurer de la présence ou de l'absence de grains jaunes dans ces cavités.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La condition essentielle d'une actinomycose de l'oreille moyenne est la présence dans la caisse du champignon rayonné. Nous ne nous attarderons pas ici à discuter les conditions d'étiologie générale à peu près définitivement établies, à savoir que la transmission de l'actinomycose à l'homme se fait le plus souvent par des débris végétaux, et que la contagion d'homme à homme, ou d'animal à homme n'est que l'exception.

Quoi qu'il en soit, demandons-nous quelle voie suit le parasite pour arriver à l'oreille moyenne. Nous pouvons admettre diverses hypothèses.

Aurions-nous d'abord affaire à une propagation directe à l'oreille moyenne, d'un foyer de voisinage qui aurait pour siège la bouche, le rhinopharynx, la gorge, le tissu cellulaire du cou, une lésion cervico-faciale ? Mais la condition *sine qua non* de ce mode d'infection est précisément l'existence de ce foyer primitif. Dans les observations que nous avons recueillies, ce foyer initial n'existait pas. Cependant le professeur Majocchi nous écrit qu'il aurait observé un cas d'actinomycose de l'oreille moyenne, consécutif à des lésions du nez et de l'antre d'Highmore : il ne l'a pas publié Mais ce fait est un

argument suffisant pour nous montrer que le champignon peut gagner l'oreille moyenne, partant de la région naso-pharyngienne et suivant par exemple les espaces celluloux périsalpingiens ou la trompe elle-même. Nous reviendrons ultérieurement sur cette pathogénie.

Deuxième hypothèse : Le contagé vient du conduit auditif externe à travers la membrane du tympan et arrive ainsi dans la caisse.

Mais alors, faut-il du moins que le tympan soit ulcéré ou déchiré, qu'il existe par exemple dans le conduit auditif un corps étranger, porteur du parasite, et qui soit en même temps la cause occasionnelle de l'inflammation et de l'ulcération du tympan. A cette seule condition, une telle pathogénie peut fort bien être acceptée.

Peut-il s'agir d'une métastase auriculaire d'un foyer ailleurs situé dans l'organisme ? Même en admettant l'existence nécessaire de ce foyer préexistant, la chose est peu probable, car bien qu'on observe quelquefois des embolies actinomycosiques et des propagations par la voie hématique, l'actinomyces s'attaque rarement aux artères. De plus, le parasite aurait un trajet difficile pour arriver dans les parois de la caisse qui ne contiennent que des vaisseaux de faible importance et de petit calibre et il faudrait attribuer à l'embolie une sorte de pouvoir électif, qui la ferait, en dehors des conditions physiques et physiologiques auxquelles elle est soumise, changer de direction et quitter la carotide, pour passer dans la maxillaire interne et choisir encore parmi les branches de cette dernière artère, précisément le rameau tympanique ou les rameaux auriculaires de la méningée, pour aboutir, en fin de compte, à la caisse du tympan. Voit-on jamais un

caillot parti du cœur, soumis aux mêmes lois que l'embolie parasitaire, suivre un chemin aussi compliqué. Généralement, en effet, il s'arrête dans la sylviennne.

Une dernière voie de pénétration nous reste à étudier : c'est l'infection par la trompe d'Eustache. Nez ou bouche, pharynx, trompe, caisse, telles sont les étapes successives que nous croyons devoir assigner au champignon. L'actinomyces est en effet de préférence introduit dans la bouche avec les débris végétaux que beaucoup de personnes ont l'habitude de mâchonner ; il peut y demeurer longtemps sans produire de désordres, cantonné sur les amygdales par exemple. De la bouche au pharynx il n'y a qu'un pas. Supposons maintenant qu'une cause quelconque, un effort, un éternuement, la toux, augmentent la pression de l'air dans la cavité naso-pharyngienne, un courant s'établit par la trompe et entraîne les germes dans l'oreille moyenne.

Cette pathogénie nous permet d'expliquer non seulement les cas d'actinomycose primitive de l'oreille moyenne, mais encore les cas où elle est secondaire à une lésion pulmonaire par exemple, comme dans l'observation de Majocchi. Il est probable que le champignon est remonté dans le pharynx avec des mucosités pulmonaires au moment d'une quinte ; qu'à cet instant, comme le nécessite physiologiquement la toux, l'excès de pression dans le rhino-pharynx a entraîné les germes par le canal tubaire jusque dans la caisse.

Certains faits de pénétration de corps étrangers tels que grains de blé, débris végétaux, dans la trompe d'Eustache sont cités dans la littérature otologique. Ils sont un argument en faveur de l'opinion que nous défendons.

Ainsi, Fleischman trouva à l'autopsie d'un malade, une graine d'orge fichée dans le canal tubaire. Urban-tschischk a rapporté qu'un bout de paille, long de 3 centimètres, parvint après avoir traversé tout le canal tubaire, dans la cavité tympanique, y produisit une violente inflammation avec perforation de la membrane du tympan et donna lieu à une otite qui s'ouvrit à l'extérieur. Audry a trouvé des lombrics, Heckscher une plume de corbeau. Or, admettons que les débris végétaux cités dans les deux premiers cas aient été porteurs du champignon actinomycosique, nous avons des exemples types d'actinomycose de l'oreille moyenne, par la pathogénie que nous invoquons.

Puisque la trompe laisse passer des débris végétaux d'assez fort calibre, *a fortiori* doit-elle livrer passage à des grains actinomycosiques isolés, au même titre qu'elle sert de voie à tant de microorganismes tels que pneumocoque, bacille de Koch qui sont souvent les facteurs d'une otite moyenne.

Nous résumerons donc cette dernière opinion en ces termes : L'infection actinomycosique de l'oreille moyenne se fait par la trompe d'Eustache : primitivement lorsque le germe arrive directement de l'extérieur dans le pharynx ; secondairement lorsque le germe provient de lésions œsophagiennes, laryngiennes, trachéo-bronchiques, pulmonaires, buccales ou nasales

Cette pathogénie nous paraît particulièrement séduisante, car elle ne nécessite pas les conditions anatomopathologiques d'un foyer préalablement existant dans l'économie, d'une lésion de voisinage ou d'une déchirure du tympan.

Cependant, nous ne saurions passer sous silence un autre mode d'infection qui peut se présenter. C'est celui d'une propagation du parasite, non point par la trompe d'Eustache elle-même, mais à travers le tissu conjonctif péri-salpingien. L'actinomyces présente, en effet, ce trait assez particulier de se propager à travers le tissu conjonctif lâché, sans produire de réaction organique appréciable. Ce mode de propagation a été appelé propagation en « taupinière » et M. Bérard en rappelle la possibilité pour le cas particulier de l'oreille moyenne (*séance de la Société de Médecine de Lyon du 11 mai 1903*). Aussi sommes-nous en droit d'admettre cette pathogénie au même titre qu'une propagation par la lumière elle-même de la trompe. L'actinomyces peut rester longtemps, en effet, dans le pharynx et les voies digestives supérieures et, lorsqu'il pénètre dans le tissu connectif péri-pharyngien, rien ne l'empêche de se propager par les tissus lâches qui entourent la trompe.

CHAPITRE II

ESSAI DE SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE. COMPLICATIONS. — DIAGNOSTIC.

L'otite moyenne actinomycosique, au moins dès le début affecte des allures torpides. Elle évolue le plus souvent d'une façon insidieuse sans donner des signes qui puissent la faire soupçonner. Elle s'accompagne habituellement de peu de douleurs très légères et très vagues. Nos observations ne mentionnent même pas de sensations subjectives de l'ouïe telles que bourdonnements, sifflements, tintements de cloches si fréquentes dans les affections de la caisse. Dans d'autres cas, les douleurs sont vives et très aiguës, mais passagères, revenant après une longue accalmie et affectant la forme céphalalgique. Elles se présentaient ainsi chez le malade de Majocchi.

Bientôt cependant le sujet s'aperçoit que son acuité auditive baisse : mais encore cette surdité peut être très variable, car elle dépend de l'étendue de l'infection dans la cavité tympanique. Il est évident que si l'actinomycose a d'abord envahi la chaîne des osselets ou que les colonisations parasitaires aient obstrué la fenêtre ronde et la fenêtre ovale, anéantissant ainsi leur pouvoir vibratoire, la perte de l'audition doit être très sensible. Mais si, d'autre part, le processus s'est cantonné à l'attique, aux parties basses de la caisse, la fonction peut rester longtemps satisfaisante et n'inquiéter que fort peu le malade.

La propagation osseuse est toujours conservée et le diapason verlex est mieux entendu de l'oreille malade.

La maladie évolue sans fièvre, sans phénomènes généraux et en présence de ces deux signes, douleur et diminution de l'acuité auditive qui n'ont rien de pathognomonique, on comprend l'embarras du clinicien. Il devra cependant penser à la possibilité d'une localisation actinomycosique, s'il existe un foyer connu dans le voisinage et principalement au niveau de la cavité rhino-pharyngienne, du maxillaire supérieur, de l'œsophage, de l'arbre trachéo-bronchique.

Il ne serait pas illogique d'admettre qu'on puisse constater dans certains cas un phénomène qu'Urbantschicht prétend si fréquent dans l'otite moyenne chronique, nous voulons dire les troubles du goût et de la sécrétion salivaire. Au même titre que l'inflammation chronique de la caisse, l'actinomycose de l'oreille moyenne peut provoquer une névrite ou tout au moins une irritation de la corde du tympan suffisante pour nous expliquer ces derniers phénomènes.

Au point de vue objectif, on note simplement une tuméfaction des parois du conduit, le tympan présente un aspect trouble.

Ce n'est guère que par ses complications, qui sont la règle, que l'otite moyenne actinomycosique se manifeste le plus souvent. La première que nous ayons constatée est la mastoïdite de même nature. Celle-ci peut n'être pas très douloureuse, du moins à son stade initial, mais les tissus s'œdématisent et s'infiltrent. Une tumeur volumineuse se forme rejetant en dehors le pavillon de l'oreille. Puis le gonflement s'étend en surface; de la mastoïde, il

gagne les chefs du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze et descend le long du premier muscle. Le processus actinomycosique peut infiltrer les gaines musculaires et leur contenu ; il donne lieu au phlegmon du cou tel que nous l'avons décrit à propos des complications des lésions actinomycosiques de l'oreille externe. Le point de départ seul est changé.

A ce stade déjà avancé, la mastoïde devient douloureuse à la percussion et à la pression, mais ces douleurs n'ont rien de fixe comme intensité. Le malade de Beck-Zaufall ne se plaignit jamais de cette région, mais un malade d'Orlow qui présentait une tuméfaction douloureuse de l'apophyse, mourut quelques jours après d'actinomycose cérébrale. Il est probable qu'il s'agissait chez lui de mastoïdite actinomycosique.

Le caractère marquant de la complication est donc sa tendance spéciale à diffuser loin du point initial. Le parasite s'infiltrait de proche en proche à travers les lamelles osseuses et dans les tissus. Ainsi donc, le type clinique de la lésion varie depuis la simple tuméfaction sus-mastoïdienne, jusqu'à la forme dite mastoïdite de Bezold, jusqu'au large phlegmon du cou et des gaines musculaires. Elle passe d'ailleurs progressivement par tous ces stades.

La nature étiologique de l'affection peut seulement être soupçonnée avant que le foyer se soit fait jour à l'extérieur ou qu'une intervention chirurgicale ait permis d'en examiner le pus. Le diagnostic précis ne peut être posé que par la constatation microscopique du parasite.

Une autre complication est la déchirure du tympan. Elle est rapportée dans l'observation de Majocchi, puis-

qu'il s'écoula une grande quantité de pus par le conduit auditif externe. Elle avait d'ailleurs été constatée par l'examen direct. Dans le cas cité par Ginsberg et qui se rapportait fort probablement à un cas d'actinomyose de l'oreille, il y avait déchirure du tympan et otorrhée. Mais les grains actinomycosiques ne furent pas cherchés d'une façon systématique, car on était loin de se douter d'un semblable processus.

La carie du rocher est une complication à peu près fatale. Elle entraîne d'abord des troubles du côté du facial. Deux de nos observations signalent effectivement de la paralysie faciale au cours de l'affection. Puis le parasite envahit la gaine du nerf ; il érode les parois de l'aqueduc de Fallope, donnant lieu en ce point, comme dans tout autre du tissu osseux, à ce processus spécial d'ostéite raréfiante qu'a décrit Gangolphe. Les résultats de l'autopsie nous indiquent des taches jaunes à la surface du rocher dans le cas de Ginsberg. Dans celui de Majocchi, la carie osseuse était plus avancée ; des lamelles s'étaient déjà détachées de l'os et flottaient au milieu de détritits organiques et purulents.

Le rocher n'est pas seul sujet à être envahi. La partie haute de la caisse, c'est-à-dire l'attique et le plafond de l'aditus, n'est séparée de la fosse cérébrale moyenne que par une simple lamelle osseuse, le tegmen tympani. Vient-il à céder devant l'infection parasitaire, l'actinomyose se propage alors aux méninges et nous sommes en présence d'une complication nouvelle.

La méningite n'a même pas besoin pour se produire d'un effondrement du tegmen tympani. Celui-ci est perforé normalement par des rameaux veineux aboutissant

à la circulation veineuse intra-cranienne ; elle présente, en outre, la trace de la suture pétrosquameuse, quelquefois assez large, ainsi que le fait remarquer Hyrtl, pour constituer une véritable déhiscence et mettre en contact direct la dure-mère et la muqueuse de la caisse. Rien d'étonnant alors que les lésions actinomycosiques de l'oreille moyenne puissent gagner les méninges et l'encéphale, déterminant l'éclosion de méningites ou d'abcès intra-craniens.

Les rapports anatomiques intimes qui existent entre le rocher et certains sinus du crâne permettent de comprendre sans peine la propagation de l'inflammation à ces canaux veineux. Cette propagation a lieu à la faveur d'une inflammation osseuse, mais elle peut se faire par les systèmes veineux émissaires, faisant communiquer les circulations auriculaires et intra-craniennes, et la lésion osseuse n'est plus nécessaire. Les thromboses parasitaires des petites veines de la caisse se propagent ainsi aux sinus craniens. Il y a cependant plutôt de la péri-phlébite que de l'endophlébite. Puis le processus gagne la portion dure-mérienne qui double l'endothélium des sinus. Peu à peu, il se propage à l'endoveine et, de ce fait, thrombose ensuite ces vaisseaux. Le sinus latéral, en rapport avec la face interne de la mastoïde, le sinus pétreux supérieur qui chemine le long du bord supérieur du rocher, le golfe de la veine jugulaire qui répond à la partie inférieure de la caisse sont les plus exposés à l'infection parasitaire et leur thrombose, en effet, est la règle. Nous n'avons pas d'observation qui signale leur ulcération, mais celle-ci ne nous semble pas impossible.

Il nous semble plus difficile d'admettre une atteinte

portant sur la carotide et amenant avec elle une hémorragie très grave. Il est acquis en effet que le parasite respecte longtemps les vaisseaux artériels et n'altère qu'exceptionnellement leur paroi. Ceci n'est cependant pas un argument suffisant, puisque le malade de Zaufall mourut d'une ulcération de la vertébrale atteinte de suppuration actinomycosique. Nous serions plus disposé à admettre la possibilité de lésions carotidiennes par une autre pathogénie, celle de la formation d'un sequestre osseux pointu qui perforerait le vaisseau. Mais ces considérations sont du domaine de l'hypothèse et aucun fait clinique ne nous en montre le bien fondé.

Reste une dernière complication, celle de la propagation à l'oreille interne des lésions de l'oreille moyenne. Elle a été observée par Majocchi, mais l'infection ne semble pas avoir passé par la fenêtre ronde ou la fenêtre ovale. La membrane fibreuse qui les obture avait résisté à l'infection bien davantage que le tissu osseux, car l'inflammation avait gagné l'oreille interne après avoir lésé le rocher.

Dans tous les cas de complications, il faut tenir compte non seulement des lésions mycosiques pures, mais encore des lésions par infection secondaire greffées sur l'actinomycose et qui aggravent essentiellement le pronostic. L'actinomycose cranio-cérébrale peut, en effet, présenter deux types. La forme néoplasique (cas cités par Bollinger, Ponfick, Orlow) et la forme suppurée qui est beaucoup plus fréquente. La plupart des auteurs attribuent ces abcès à des infections secondaires ainsi qu'en témoignent les associations secondaires constatées par bon nombre d'entre eux (Zemann, Bourquin, Quervain, Hebbe, Dor).

Il est même très difficile de dire ce qui revient à ces microbes dans la suppuration des méninges et du cerveau. Probablement nombre de ces foyers méningo-encéphaliques contenant du pus peuvent être considérés comme des localisations banales de bactéries pyogènes.

Disons quelques mots du diagnostic : Il est pour ainsi dire impossible, dès le début et ne peut être soupçonné que s'il y a lésion actinomycosique de voisinage. L'otite moyenne actinomycosique passant très souvent inaperçue au début, ou présentant simplement de grands traits de ressemblance avec le catarrhe chronique de la caisse, il faut déjà une complication pour qu'on puisse soupçonner la lésion. S'il n'y a point perforation du tympan avec issue de pus, placard induré derrière l'oreille, formation de tumeur mastoïdienne et de phlegmon du cou, le diagnostic étiologique peut rester entièrement méconnu, car, scientifiquement, nous n'avons d'autre moyen de nous renseigner sur la nature de la maladie que par la constatation microscopique de l'actinomyces. Les complications cérébrales ou vasculaires ne nous mettront pas davantage sur la voie du diagnostic, puisque l'actinomyose évoluera dans la cavité crânienne avec les allures d'une méningite, d'un abcès ou d'une tumeur du cerveau et sera confondu avec eux, et que, de leur côté, les complications vasculaires ne donneront d'autres signes diagnostiques que ceux d'une thrombose ou d'une ulcération de ces vaisseaux, sans rien faire présumer sur la nature des lésions.

CHAPITRE III

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic de l'actinomyose de l'oreille moyenne, uniquement à cause des rapports anatomiques de l'organe, qui exposent à peu près fatalement le malade aux complications dangereuses que nous avons signalées. De plus, la latence parfois longue des lésions fait que le mal reste parfois longtemps ignoré et que sa première manifestation objective est déjà une complication.

Si nous pouvions répondre de la limitation du processus à la caisse, nous n'hésiterions pas à être tout à fait optimiste. « Dans l'actinomyose comme dans la bacillose, écrit M. Rochet, il faut distinguer au point de vue du pronostic des lésions localisées et des lésions diffuses tendant à la généralisation. Avec des lésions localisées et localisées sur un organe d'importance vitale secondaire, on a un pronostic favorable, et une intervention large, portée au delà des limites du mal, aura chances sérieuses d'être curative... Les lésions sont-elles diffusées a uloin, au contraire, frappent-elles des organes essentiellement vitaux comme le poumon, le foie, le cerveau, le tableau est tout différent et très sombre alors, car c'est celui des tuberculoses viscérales et généralisées ; et ici les interventions sont le plus souvent palliatives seulement. » Cette défini-

tion générale du pronostic de l'actinomycose, s'applique fort bien au cas particulier de l'oreille moyenne. Tant que la lésion reste localisée à la caisse, le pronostic est bon, à la moindre tendance du parasite à diffuser, il s'aggrave aussitôt pour devenir fatal. On peut donc appliquer à l'otite moyenne actinomycosique ce que disait Wilde de l'otite moyenne suppurée : « Quand ele existe, nous ne pouvons savoir quand, ni comment, ni où elle se terminera, ni où elle peut s'arrêter. »

Il faut aussi, pour le pronostic, tenir compte de deux facteurs auxquels MM. Poncet et Bérard accordent une grande importance ; la résistance du germe d'une part, et sa virulence. Sokoloff aurait vu l'actinomycose revêtir une forme suraiguë et tuer en vingt-quatre heures. Hâtons-nous de dire qu'il existe encore plus d'une inconcurrence sur les conditions de virulence et de résistance du parasite ; mais cette constatation étant acceptée, elle nous explique la tendance plus ou moins envahissante de l'actinomyces et, de ce fait, la possibilité de complications rapides ou à longue échéance. Nous ne saurions, de la sorte, fixer une époque, même approximative, à l'éclosion des accidents qui compliquent l'otite moyenne actinomycosique et qui, le plus souvent, emportent le malade ; mais il nous est permis de croire que ces lésions, prises à temps, peuvent être curables.

Le pronostic fonctionnel nous semble moins grave. En effet, même dans les lésions les plus confirmées (cas de Beck-Zaufal), l'ouïe n'était pas entièrement abolie. Une observation de Saltzer d'Utrecht, citée par MM. Guérmonprez et Becue et qui semble se rapporter à un cas d'actinomycose de l'oreille moyenne tout à fait à son dé-

but, paraît démontrer la curabilité de l'affection et même la restitution de la fonction. Il s'agissait d'une femme atteinte d'actinomycose de la mâchoire supérieure, de l'os jugal, du temporal, du frontal, présentant trismus, occlusion des paupières et *surdité*. Après six mois de traitement ioduré à 2 gr. 5 par jour la guérison était complète et l'ouïe revenue.

Traitement.

Les considérations pronostiques que nous venons d'émettre disent assez combien il importe d'instituer un traitement rationnel, surtout dès le début. La difficulté est alors de faire un diagnostic. Mais nous n'hésitons pas à dire que, si le moindre signe peut nous faire soupçonner une actinomycose de l'oreille moyenne, même sans manifestations objectives, le traitement ioduré de Thomasen s'impose au premier chef. Nous avons relaté l'observation de Saltzer que nous avons cru pouvoir rattacher à de l'actinomycose otique au début et les résultats excellents que produisit l'iodure.

Si les lésions sont plus avancées, s'il y a mastoïdite et phlegmon du cou, le traitement médical est insuffisant à lui seul. Il importe d'inciser largement les téguments, de trépaner la mastoïde, de bien cureter les cellules pneumatiques et l'antre. Nous n'hésiterons pas non plus à conseiller le curetage de la caisse du tympan, au risque de compromettre la fonction, car le pronostic fonctionnel passe au second plan lorsque le pronostic vital est en jeu. Il vaut mieux dépasser les limites du mal que ne pas les atteindre. Mais, lorsque les lésions ont gagné les organes encéphaliques, elles sont, croyons-nous, au-dessous des

ressources de l'art. Nous ne saurions conseiller alors un traitement chirurgical, qui ne nous permettra jamais d'enlever les foyers parasitaires et d'aseptiser pour ainsi dire à nouveau la cavité crânienne. Aussi la maladie évoluera-t-elle à peu près fatalement. Bien plus, une intervention, même sous le couvert de l'asepsie la plus minutieuse, expose toujours à des infections secondaires qui ne peuvent que hâter le dénouement et, bien qu'Otto Keller (*Britisch., med. Journ.*, mai 1890) cite un cas de guérison momentanée et d'amélioration très notable d'une actinomycose du cerveau, après trépanation, nous ne saurions nous baser sur ce fait unique, exceptionnel, pour en tirer conclusion.

Nous nous contenterons, en présence de lésions à ce stade avancé, de prescrire de nouveau ce traitement ioduré à haute dose. « L'usage journalier de ce médicament, écrit M. Nocard, donne des résultats constants, rapides, en un mot infaillibles au point que cela tient du merveilleux. » Sans être aussi optimiste pour le cas particulier de l'oreille moyenne, nous considérons cette affirmation sortant d'une bouche aussi autorisée, comme un dernier espoir. D'ailleurs, le pouvoir spécifique de l'iode fut-il établi contre les lésions mycosiques pures, il n'entraverait pas pour cela la marche des complications infectieuses surajoutées.

CHAPITRE IV

DE QUELQUES RAPPORTS DE L'ACTINOMYCOSE DE L'OREILLE MOYENNE AVEC CELLE DE L'ENCEPHALE.

Maintenant, nous avons le droit de nous demander si les cas dits primitifs d'actinomycose des centres nerveux n'ont pas un point de départ auriculaire méconnu. Beaucoup d'auteurs, citons Ponfick, Guermontprez et Becue, se sont refusés à admettre ces cas d'actinomycose primitive du cerveau. Ces deux derniers auteurs s'expriment ainsi et non sans raison : « L'actinomyces est un agent qui vient de l'extérieur ; il lui faut toujours une porte d'entrée et, dans les cas embarrassants d'actinomycose cérébrale (on les a nommés primitifs, faute d'explication meilleure), on n'a pas de raison suffisante pour considérer le foyer observé comme étant sincèrement une lésion primitive. Le seul véritable foyer primitif a probablement disparu, mais il a existé quelque part sans provoquer l'attention par aucun trouble, par aucun symptôme qui ait marqué la date de son évolution. »

Or, admettons un instant qu'une effraction du tégument externe ait permis au champignon de pénétrer dans l'organisme. Voyons par quelles voies ce champignon pourra être transporté au cerveau ?

Suivra-t-il d'abord la voie lymphatique pour arriver, en fin de compte, dans le canal thoracique ou la grande veine lymphatique et, de là, rentrer dans le courant san-

guin ? C'est peu probable, parce que des raisons bactériologiques et cliniques à la fois, tenant d'une part à la taille du parasite, d'autre part, à l'absence d'adénite dans les cas d'actinomyose, nous font rejeter cette voie.

Suivra-t-il la voie veineuse ? La chose est possible, mais nous nous heurtons à des difficultés. En effet, suivons le champignon dans sa route. Supposons une embolie parasitaire suivant le cours d'une veine. De toute façon, cette embolie arrive au cœur droit. Lancée par le cœur droit, elle doit passer par le poumon avant d'arriver dans le système de l'aorte. Or, comment admettre le passage d'un champignon relativement gros, à travers des capillaires aussi étroits que ceux du poumon ; comment admettre, d'autre part, qu'une actinomyose pulmonaire ne se développe pas, de préférence à une actinomyose cérébrale, puisque le champignon s'est arrêté dans le poumon.

Mais nous pouvons encore faire des concessions sur ce point et supposer qu'en dépit de ces difficultés le parasite est parvenu jusqu'au cœur gauche. Il sera lancé dans l'aorte, les carotides. Franchirait-il même les capillaires du cerveau, ce que nous ne croyons pas, une constatation anatomo-pathologique vient nous prouver que telle n'est pas la voie que suit l'actinomyces. Les lésions cérébrales actinomycosiques n'atteignent en effet que très rarement les artères (le cas de Beck-Zaufal seul montre une altération de la vertébrale). D'après Job, on trouve, au contraire, presque toujours des thromboses formées par des masses gélatineuses dans le sinus transverse, le sinus caveux, le golfe de la veine jugulaire ; mais il n'est jamais fait mention de lésions artérielles.

Nous ne saurions admettre une thrombose ascendante des jugulaires. Elle ne passerait pas inaperçue : on aurait certainement signalé de l'œdème de la face et du cou dans les observations.

Encore moins acceptons-nous l'idée d'une embolie veineuse rétrograde dans un vaisseau où le courant sanguin d'une part, l'effet de la pesanteur d'autre part, sollicitent le parasite à retomber dans le cœur droit.

Tout au plus pourrions-nous admettre, comme point de départ d'une actinomycose cérébrale, une propagation des téguments au cerveau, par les systèmes veineux émissaires faisant communiquer les circulations veineuses intra et extra-craniennes (le trou de Santorini par exemple) ; mais encore dans ce cas une actinomycose des téguments de la tête aurait été signalée. Seule une propagation en taupinière, comme nous l'avons déjà signalée à propos de l'infection de la caisse, peut expliquer une actinomycose cérébrale. En effet, le champignon peut gagner le trou de la base du crâne au milieu des tissus lâches péri-pharyngiens et entrer dans la cavité crânienne en suivant les gaines des nerfs crâniens. Cependant des lésions nerveuses de ces nerfs ne sont pas signalées par les auteurs.

Aussi croyons-nous sincèrement que plusieurs de ces cas primitifs d'actinomycose du cerveau ont l'oreille moyenne comme point de départ. En nous rapportant à la pathogénie que nous avons admise pour l'otite moyenne actinomycosique, nous admettons que le champignon s'introduit dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache ou les tissus lâches péri-salpyngiens. Mais il peut évoluer en ce lieu tout à fait inaperçu, à la façon

torpide dont il se comporte souvent, sans provoquer de troubles subjectifs appréciables. Les manifestations objectives de la maladie restent complètement méconnues puisqu'elles se passent dans une cavité close qui est la caisse. Advienne qu'un moment, le processus envahisse les frêles lamelles osseuses qui séparent l'oreille moyenne de tant d'organes importants tels que le golfe de la jugulaire, le sinus transverse, il donne aussitôt lieu à une thrombose de ces vaisseaux et dans la suite à une actinomycose cérébrale ; à l'autopsie, en effet, on constate bien ces thromboses, mais on ne songe pas à leur trouver un point de départ dans l'oreille moyenne et, de ce fait, on n'examine ni la caisse, ni l'antre, ni les cellules mastoïdiennes.

Nous pouvons admettre également que le processus actinomycosique effondre l'aqueduc de Fallope et gagne le cerveau en suivant la gaine du facial. C'est un nouveau mode de propagation, mais le point de départ est toujours l'oreille moyenne. A l'appui de cette hypothèse, nous rappellerons une nécropsie rapportée par Ginsberg. Chez un malade mort d'actinomycose cérébrale et qui avait, au début de la maladie, présenté de la paralysie faciale, on trouva de la carie du rocher.

En dehors de ces constatations anatomo-pathologiques, un fait confirme assez bien notre manière de voir : Le cas d'otite moyenne actinomycosique signalé par Majocchi avait un point de départ pulmonaire. Le champignon avait, sans doute, remonté avec des mucosités bronchiques jusqu'au pharynx, d'où il avait gagné la trompe d'Eustache. Mais la presque totalité des lésions cérébrales secondaires sont également consécutives à des lé-

sions pulmonaires ou cervico-faciales. Dans 16 observations d'actinomyose cérébrale que Job cite dans sa thèse (th. Lyon, 1896), on trouve 10 fois des lésions primitives du poumon, 4 fois des lésions temporo-maxillaires intéressant le maxillaire supérieur. Il y a un cas d'actinomyose pyohémique dans lequel on trouve des abcès pulmonaires ; enfin le cas de Bollinger est cité, dans lequel la porte d'entrée reste entièrement inconnue.

Rapprochons ces faits de l'observation de Majocchi. Dans le cas de ce dernier, coexistence de lésions de l'oreille moyenne et de lésions pulmonaires ; d'autre part, coexistence de lésions cérébrales et de lésions pulmonaires ou temporo-maxillaires, dans les observations citées par Job. N'aurions-nous pas affaire alors à deux étapes d'un même processus, l'actinomyose de l'oreille étant la première condition de l'actinomyose cérébrale. L'hypothèse n'est-elle pas plus concordante avec les faits observés que celle d'une métastase, puisque nous l'avons déjà dit, l'actinomyces n'aime pas les artères et qu'une propagation par les veines nous semble à peu près impossible.

D'ailleurs, s'il s'agissait vraiment d'une métastase, cette dernière n'aurait pas exclusivement besoin d'un d'un point de départ pulmonaire ou temporo-maxillaire pour se faire dans le cerveau, et, cependant, les localisations actinomycosiques autres que les deux que nous venons de citer (foie, rate, intestins, ovaires), n'ont jamais donné lieu à des phénomènes métastatiques du côté du cerveau.

L'otite qui a été intermédiaire a passé inaperçue. Elle revêt, en effet, des allures torpides et insidieuses ;

mais certains faits cliniques viennent prouver cependant que l'attention doit être éveillée du côté de l'oreille. Ainsi Moosbrügger (*Beitrage zur Klinisches B. II, Heft, 2, 1886*), parle d'un cas d'actinomycose cérébrale secondaire à une actinomycose temporo-maxillaire avec prédominance des lésions sur le maxillaire supérieur. Au cours de l'observation et avant que le malade ait présenté des manifestations cérébrales, on avait noté une diminution progressive de l'ouïe. A l'autopsie, on trouva des lésions du rocher et de la dure-mère ; mais on n'examina pas la caisse du tympan, croyant sans doute que la surdité était d'ordre central ; il est probable que l'oreille moyenne avait été la première infectée et que l'actinomycose s'était propagée d'elle au cerveau.

Un cas analogue, où l'on n'a pas porté assez d'attention à un phénomène considéré comme secondaire, est celui rapporté par Orlow (*Deutsch med. Wochenschrift, 1890*). Cet auteur signale en effet une observation d'actinomycose cérébrale et méningée, qu'il attribue à une métastase, venue d'un foyer primitif situé sur la joue et le maxillaire supérieur.

Il signale, de plus, qu'au cours de la maladie on avait constaté une tuméfaction douloureuse de la mastoïde. Ne s'agissait-il pas dans ce cas d'une otite moyenne actinomycosique avec mastoïdite, ayant amené la localisation cérébrale.

Notons enfin que Raffa (*Rif medica, 1892*) signale également une tuméfaction profonde de la région mastoïdienne dans un cas analogue.

Dans le cas de Ginsberg dont nous avons parlé, il y avait carie du rocher et paralysie faciale ; c'est encore un

argument en faveur d'une otite préexistante et méconnue.

Tous ces auteurs que nous venons de citer ont, sans doute, cru à une marche inverse du processus, alors qu'en réalité il est fort probable que l'otite et la mastoïdite avaient précédé la manifestation cérébrale.

Toutefois, nous n'avons pas la prétention d'émettre une théorie absolue et sans réplique. Sans doute, et malgré les raisons que nous avons invoquées, on sera peut-être parfois obligé de se ranger à la théorie métastatique. Nous avons seulement voulu attirer l'attention sur une lésion qui peut rester méconnue, vu le peu de signes qu'elle offre au clinicien, et qui est, quelquefois, l'intermédiaire entre l'actinomycose cérébrale et l'actinomycose somatique.

CONCLUSIONS

L'actinomyose du lobule et du pavillon de l'oreille ne présentent rien de spécial. Qu'elle soit primitive, ou due à l'extension d'un foyer voisin, elle est de tous points semblable à l'actinomyose cutanée. Elle est cependant beaucoup plus rare que cette dernière.

L'actinomyose primitive du conduit auditif externe est exceptionnelle. Mais des fistules, provenant de lésions voisines, peuvent s'ouvrir dans le conduit. Nous en avons recueilli quelques exemples. Dans le premier cas, elle est encore une actinomyose cutanée, au moins dès le début.

Le phlegmon du cou est une complication fréquente des lésions actinomycosiques de l'oreille externe.

L'actinomyose de l'oreille moyenne est quelquefois constatée.

Nous croyons que le parasite arrive dans la caisse en suivant la voie tubaire ou du moins le tissu connectif péri-pharyngien. Cette hypothèse nous permet d'expliquer d'une façon satisfaisante les cas où l'infection s'est manifestée en premier lieu dans la caisse, également les cas où elle est secondaire à une lésion de voisinage portant sur les maxillaires et le rhinopharynx.

Il n'est pas impossible que le parasite arrive directe-

ment de l'extérieur à travers le tympan perforé, ou que l'otite actinomycosique soit une propagation par continuité d'une lésion voisine.

Nous rejettons l'hypothèse d'une lésion métastatique secondairement localisée à l'oreille moyenne.

La marche de la maladie est très insidieuse et sa première manifestation objective est, le plus souvent, une complication. Elle évolue sous les allures d'une otite moyenne chronique.

Les complications sont la règle. Nous signalons, parmi les plus fréquentes, la mastoïdite, le phlegmon du cou, la déchirure du tympan, la paralysie faciale, la carie du rocher, la méningo-encéphalite, les thromboses sinusiennes et de la jugulaire, la généralisation à l'oreille interne.

Nous n'avons jamais rencontré de lésion carotidienne.

Le diagnostic, très difficile au début, peut être soupçonné s'il existe déjà un foyer actinomycosique voisin. Il ne peut être établi, d'une façon définitive, qu'au moment d'une complication ou d'une intervention chirurgicale, qui permettent de recueillir et d'examiner un pus porteur d'actinomyces.

Le pronostic est très grave, à cause de l'imminence des complications, souvent mortelles, que nous avons signalées. Le pronostic fonctionnel semble moins sombre.

Le traitement doit être à la fois médical et chirurgical.

L'actinomycose de l'oreille moyenne est encore intéressante parce qu'elle nous explique parfois la pathogénie de certains accidents cérébraux d'ordre actinomycosique et qu'on avait jusqu'ici déclarés primitifs ou métastatiques. Nous n'affirmerons pas cependant, d'une

façon systématique, que toute actinomycose endocranienne a d'abord été précédée d'une actinomycose auriculaire, mais nous voulons simplement attirer l'attention sur le fait que l'oreille moyenne peut, dans certains cas, être la première étape, souvent méconnue, de lésions gagnant les centres encéphaliques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

PONCET

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 novembre 1903.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

GABRIEL COMPAYRE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAUMGARTEN, *Traité de mycologie*, 1895.
- BECK, *Prag. Medecin. Wochenschrift*, 1900.
- CASTEX, *Traité de path. ext.* (Le Dentu et Delbet).
- CHOUX, *Archives de médecine*, 1895.
- DELEARDE, *Contribution à l'étude de l'actinomycose* (th. Lille, 1891-1896).
- DIDSBURY, *Act. pharyngée* (*Revue de laryngologie*, 1895).
- DOR, *Gazette hebdom. médecine et chirurgie*, 1893.
- DUBREUILH et SABRAZES, *Société anat. et physiol.*, Bordeaux, 1893.
- DUVAU, *Pronostic éloigné de l'actinom. humaine* (th. Lyon, 1901-1902).
- GIUSBERG, *Inaug. Dissert.*, Berlin, 1889-1890.
- GUERMOMPEZ et BECUE, *Traité de l'actinomycose*.
- JOB, *Actinomycose des centres nerveux* (th. Lyon, 1896-1897).
- LANGHANS, *Actinomycose de la région mastoïdienne*, 1888.
- LITTLE DALE, *Brit. Journ. Medic.*, 1900-1901.
- MAJOCHI, *Riforma medica*, 1892.
- MARION, *Archives générales de médecine*, 1903.
- MARTINET, *Act. du sterno-cléido-mastoïdien* (th. Lyon, 1903-04).
- MONESTIE, *Act. cutanée* (th. Paris, 1894-1895).
- MOOSBRUGGER, *Beitragge zur klinischen*, 1886.
- ORLOW, *Deutsch. Med. Woch.*, 1890.
- OTTOKELLER, *Brit. Medic. Journal*, 1894.
- PONCET, *Mercredi médical*, juin 1895.

- PONCET et BÉRARD, *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, 1898.
- PONCET et THÉVENOT, *L'actinomycose en France dans les cinq dernières années*, Lyon, 1903.
- PONFICK, *Act. des Menschen*, Berlin, 1882.
- POURPRE, *Act. cutanée primitive* (th. Lyon, 1901-1902).
- RAFFA, *Riforma medica*, 1892.
- ROCHET, *Province médicale*, 1895.
- ROUFFIANDIS, Thèse Lyon, 1896.
- STAUB, *Act. cutanée ; Thérap. monat.*, 1894.
- THÉVENOT, *Lyon médical*, mai 1903.
- THÉVENOT et RIVIÈRE, *Revue de chirurgie*, 1903.
- VINCENT, *Act. cutanée*, (th. Lyon, 1897-1898).
- ZAUFAL, *Prag. Medic. Woch.*, 1894.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE. Actinomycose de l'oreille externe.	11
CHAPITRE PREMIER. — Observations	11
CHAPITRE II. — De quelques considérations cliniques sur l'actinomycose de l'oreille externe. . .	21
DEUXIÈME PARTIE. Actinomycose de l'oreille moyenne.	33
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie et Pathogénie. . .	46
CHAPITRE II. — Essai de symptomatologie clinique. — Complications. — Diagnostic.	51
CHAPITRE III. — Pronostic et traitement.	58
CHAPITRE IV. — De quelques rapports de l'actinomycose de l'oreille moyenne avec celle de l'encéphale	62
CONCLUSIONS	69
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	73

